

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THESE

N°

288

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Pierre, André, Gérard MARECHAL

Interne des Hôpitaux Psychiatriques

Né le 21 Juin 1933, à REIMS (Marne)

Présentée et soutenue publiquement le

LA FATIGUE CONSIDÉRÉE SOUS L'ANGLE
PSYCHOSOMATIQUE
SON TRAITEMENT PAR LES METHODES
DE RELAXATION

Président : Monsieur L. de GENNES (Professeur)

D. P. TAIB

8. Rue Casimir - Delavigne

PARIS - VI

1963

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1963

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

Jean-Pierre, André, Gérard MARECHAL

Interne des Hôpitaux Psychiatriques

Né le 21 Juin 1933 à REIMS (Marne)

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le

-:-

LA FATIGUE
CONSIDEREE SOUS L'ANGLE PSYCHOSOMATIQUE
SON TRAITEMENT PAR LES
METHODES DE RELAXATION

-:-

Président : Monsieur L. de GENNES (Professeur)

-:-

D. P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1963



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H), BUL-
LIARD (H), CADENAT (F), CHABROL (E), DEBRE (R),
FEY (B), GALLIARD (H), GASTINEL (P), HALPHEN (E),
HAZARD (R), HEUYER (G), LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G),
LAVIER (G), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), MATHIEU (P),
MOCQUOT (P), MONOD (R), MOUQUIN (M), MOREAU (R),
MOULONGUET (P), OLIVIER (E), PASTEUR VALLERY-RADOT,
PETIT-DUTAILLIS, (D), PIEDELIEVRE (R), QUENU (J),
RICHET (C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L),
VERNE (J)

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR CORDIER (G)
2e ASSESSEUR CASTAIGNE

I - PROFESSEURS

I°- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires. :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.F)
	{ SCHAPIRA (G)
Biologie appliquée à l'Educa- tion physique et aux sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisiere)	JOANNON (P)
Histologie	GIROUD (A)
Hygiène et médecine préventive	N
Médecine du Travail	DESAILLE (H)
Médecine légale	DEROBERT (L)
Microbiologie (Bactér. et vir.)	FASQUELLE (R)
Parasitologie	BRUMPT
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J)
Pathologie exotique	N....
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P)

	MM.
Pathologie respiratoire	TURIAF (J)
Pathologie et thérapeutique générale	BOUDIN (G)
Pharmacologie	CHEYMOL (J)
Physiologie	{ BINET (L)
	{ BARGETON (D)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F)
	{ DOGNON (A)
Physique médicale	{ DJOURNO (A)
	{ DESGREZ (H)
Radiologie médicale	
Technique chirurgicale et chi- rurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M)

b) Professeurs à titre personnel:

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P)
	{ POLONOVSKI (J)
Biologie médicale	BOURLIERE (F)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G)
Pharmacologie	LEVY (Melle J)
Physiologie	PARROT (J)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L)

2°- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires

Clinique carcinologique chirur- gicale (Necker)	REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)	N...
(Beaujon	LORTAT-JACOB (J.L)
(Cochin	LEGER (L)
Cliniques chi- (Hôtel-Dieu	PATEL (J)
rurgicales (Pitié	CORDIER (C)
(Saint-Antoine	GOSSET (J)
(Salpêtrière	SICARD (A)
(Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopé- dique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardio- vasculaire (Broussais)	F. de GAUDART d'ALLAINES

Clinique de Chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P)
(Boucicaut)	LENEGRE (J)
(Broussais)	SOULIE (P)
(Cochin)	JUSTIN-BESANÇON (L)
Cliniques médi-cales (Cochin)	BROUET (G)
(Hôtel-Dieu)	BARIETY (M)
(Lariboisière)	SEZE (S.de)
(Pitié)	DREYFUS (G)
(Saint-Antoine)	KOURILSKY (R)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R)
Cliniques obs- (Baudelocque)	LACOMME (M)
tétricales (Foch (Suresnes))	MERGER (R)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G)

MM.

Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	BERNARD (E)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P)
Séméiologie médicale	DOMART (A)
Séméiologie et clinique chirurgicale	POILLEUX (F)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	(BOUR (H)
	(LHERMITTE (F)
	(PEQUIGNOT (H)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCE-AGREGES

MM.

Anatomie	(CABROL (C)
	(COUINAUD (C)
	(GILLOT (C)
	(OLIVIER (G)
Anatomie pathologique	(GAUTHIER-VILLARS
	pr.s. ch.
	(ABELANET (R)
	(BUSSER (F)

	MM.
Anatomie pathologique	{ CHOMETTE (G) { GOUYGOU (Ch)m.conf. { NEZELOFF (Ch.) { ORCEL (L) { PAILLAS (J)
Anesthésiologie	{ KERN (E.) { VOURC'H (G) { BAPBIER (P) { CHRISTOL (D)
Bactériologie	{ Le MINOR (L) { TOURNIER (P)
	{ BAULIEU (Et)m.conf. { BOURILLON (R) { CARTIER (P) { DREYFUS (J.Cl.) { GONNARD (P) { KRUH (J) { JEROME (H)
Biochimie médicale	
Biologie appliquée à l'Educa- tion Physique et aux Sports)	{ PLAS -(F)
	{ BOIRON (M) { DENOIX (P) { MATHE (G) { SELIGMANN (M) { CIVATTE (J) { DUPERRAT (B) { LEDOUX-LEBARD (G) { BESSIS (M) { BILSKI-PASQUIER (G) { DAUSSET (J) { DUHAMEL (G) { COUJARD (R)pr.s.ch. { MAROIS (M) { RACADOT (J) { BESANÇON (F) { COLNET (A) { BOYER (J)pr.s.ch. { BLANCHER (G) { CORRE-HURST (Mme L) { SAPIN-JALOUSTRE (H) { BASTIN (R) { DUPONT (V)
Carcinologie	
Dermato-Syphiligraphie	
Electro-Radiologie	
Hématologie	
Histologie	
Hydrologie	
Hygiène	
Maladies infectieuses	

Médecine légale	(FOURNIER (E) GUENIOT (M) HADENGUE (A) ALBAHARY (C) PERTUISET (B)
Médecine du travail	(GRANJON (A) HERVET (E) Le LORIER (G) LEVY (J) MORIN (P) MUSSET (R) ROBEY (M) SENEZE (J) SUREAU (C) THOYER-ROZAT (J)
Obstétrique	(BREGEAT (P) DUBOIS (A) SARAUX (H)
Ophtalmologie	(JUDET (R) MEARY (R) POSTEL (M) RAMADIER (J)
Orthopédie	(DEBAIN (J) PIALOUX (P)
Oto-rhino-laryngologie	(GOLVAN (Y) LAPIERRE (J) BARCAT (J) BINET (J.P) CAUCHOIX (J) CERBONNET (G) CHATELIN (C.L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J) FLABEAU (F) GARBAY (M) GARNIER (H) GAUDART-d'ALLAINES (Cl.de) GERMAIN (A) LATASTE (J) LEVEQUE (B) LOYGUE (J) MERCADIER (M)
Parasitologie	
Pathologie chirurgicale	

	M.
Pathologie chirurgicale ...	(NATALI (J) PELLERIN (D) PERROTIN (J) ROBERT (H) THOMERET (G) SCHNEIDER (J) BENHAMOU (J.P.) BERTHAUX (P) BOIVIN (P) CROSNIER (J) HARTMANN (L) LOEPER (J) MAURICE (J) MIKOL (Cl) RICHET (G)
Pathologie exotique	(AUSSANNAIRE (M) BOUVIER (J) BOUVRAIN (Y) BRICAIRE (H) BRISSAUD (H) BROCARD (H) BUGE (A) CATINAT (J) CHRETIEN (J) COBLENTZ (B) CONTAMIN (F) COURY (C) ETIENNE (J.P) FREZAL (J) FRITEL (D) HENNEQUET (A) HIMBERT (J) HOUSSET (E) LAROCHÉ (Cl) LESOBRE (R) MACREZ (C) MOREAU (L) NICK (J) ROYER (P) TOURNEUR (R) WOLFROMM (R)
Pathologie expérimentale.	(
	(
Pathologie médicale	(LAFOURCADE (J) LEPERCQ (G) MANDE (R)
Pédiatrie-Puériculture	(

MM.

Pédiatrie-Puériculture	(MOZZICONACCI (P)
	(POLONOVSKI (C)
	(ROSSIER (A)
	(VIALATTE (J)
Pharmacologie	(BOISSIER (J)
	(LECHAT (P)
	(BARRES (G)
	(DEJOURS (P)
Physiologie	(DURAND (J)
	(GIRARD m.conf.
	(HUGELIN (A)
	(SCHERRER (J)
	(CHANTEUR (J)
	(GOUGEROT (L)m.conf.
	(pr.s.ch.
Physique médicale	(GREMY (F.)m.conf.
	(MILHAUD (G)
	(PELJERIN (P)
	(ROUCAYROL (J.Cl)
	(TUBIANA (M)m.conf.
Pneumo-phtisiologie	(KREIS (B)
	(MEYER (A)
	(RENAULT (P)
Psychiatrie	(PICHOT (P)
	(DENIKER (P)
Psychiatrie infantile	(DUCHE (D)
	(FLAVIGNY (H)
	(LAPRESLE (J)
Rhumatologie	(DELBARRE (F)
	(CERNEA (P)
Stomatologie	(CHAPUT(Mme A)m.c.agr.
	(GRELLET (M)
	(CHASSAGNE (P)
Thérapeutique	(LAMOTTE (M)
	(MARCHE (J)
	(AUVERT (J)
Urologie	(MOULONGUET (A)
	(QUENU (L)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES
DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

MM.

Anatomie	DEBEYRE (J)
----------	-------------

	MM.
Clinique chirurgicale	{ ABOULKER (P) AMELINE (A)pr.s.ch. VERNE (J.M)
Clinique médicale	{ PERRAULT (M) RAMBERT (P) THIEFFRY (S)
Clinique obstétricale	{ GRASSET (J) MAYER (M)
Clinique ophtalmologique	{ DESVIGNES (P) OFFRET (G)
Clinique oto-rhino-laryngolo- gique	MADURO (R)
Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R)
Clinique psychiatrique	BARUK (H)
Clinique urologique	KUSS (R)

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROP (P)pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J)pr.s.ch.

V - CHARGES DE COURS D'HYGIENE { BOLTANSKI (E) SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE { LAUNAY (C)

Secrétaire général de la Faculté	M LENA (J)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G)
Conservateur en Chef de la Bi- bliothèque	} M le Docteur HAHN (A)
Conservateur du Musée d'His- toire de la Médecine	
Conservateur	
	Mlle DUMAITRE (P)
	{ Mmes CONTET (J), FORGET (F)
Bibliothécaires	{ Mlles LAURENT (H), Le NOIR (G)
	{ QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
dissertations qui lui seront présentées, doivent être
considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle
n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma Femme,

A mes Parents,

A mes Enfants,

A ma Famille,

A mes Amis.

A Monsieur le Professeur L. de GENNES,
Professeur de Clinique Médicale à la
Faculté de Médecine de Paris,
Commandeur de la Légion d'Honneur.

Qui m'a fait le grand
honneur d'accepter
la présidence de
cette thèse.

En hommage de respectueuse
reconnaissance.

A mes Maîtres,

les Professeurs BASTIEN,
FRANQUET,
JACQUINET,
VILDE,

les Docteurs COCHEME,
FAIN,
LOTIRON,
MORICE,
RACAMIER.

LA FATIGUE
CONSIDEREE SOUS L'ANGLE PSYCHOSOMATIQUE
SON TRAITEMENT PAR LES
METHODES DE RELAXATION
-:-:-:-

"Le médicament le plus fréquemment utilisé en Médecine Générale est le médecin lui-même ... Dans aucun manuel il n'existe la moindre indication sur la dose que le médecin doit prescrire de sa propre personne, ni sous quelle forme, avec quelle fréquence, quelle est sa dose curative et sa dose d'entretien".

Michaël BALINT

- I -

INTRODUCTION

-:-

Le symptôme décrit par le malade comme une sensation subjective de fatigue apparemment sine materia figure dans de nombreux tableaux cliniques. On comprend que pour le médecin cette notion revête une grande importance, car la fatigue peut provenir de causes extrêmement diverses, en même temps que trop souvent elle soit considérée comme négligeable, du fait précisément et de sa fréquence, et de son caractère subjectif, c'est-à-dire douteux.

Pourtant, à côté des fatigues symptomatiques, il existe sans discussion possible des fatigues sans cause décelable, tout au moins sur le plan organique. Il s'agit alors de fatigues chroniques, présentes en dehors de tout effort, dès le réveil, et l'on a été amené à considérer davantage encore que les fatigues chroniques, les fatigués chroniques. Autrement dit, à substituer, à la maladie, le malade.

Définir la fatigue est extrêmement difficile. P. BUGARD donne à ce terme une signification profonde, en la considérant dans le cadre élargi des conduites, des grands besoins, de la personnalité humaine. Ainsi considérée, la fatigue devient "une lutte contre la dégradation apportée par le travail", et une tendance vers une réduction de l'activité tissulaire, organique, mais aussi du psychisme et de la personnalité toute entière, afin que soit maintenue une véritable homéostasie de la personnalité. On peut alors admettre que la conduite de fatigue est ou bien une tentative pour se dégager d'une situation de catabolisme organique et global, ou bien même un refus de s'engager dans une situation considérée a priori comme dégradante. "La conduite de fatigue s'insère dans une séquence, dont le premier terme est le travail et son catabolisme, et le second, le repos et sa restauration anabolique. C'est son mode d'insertion dans cette séquence qui rend la fatigue acceptée, c'est-à-dire bonne, ou refusée, c'est-à-dire mauvaise" (BUGARD).

Mais s'il existe des fatigues physiologiques, normales, de causes réelles, avec récupération spontanée au repos, nombre de fatigues sont pathologiques, chroniques, sans origines exogènes ni endogènes décelables, et qui, par voie de conséquence, risquent de ne pas céder au traitement logique, le repos, assorti évidemment de la correction des éventuels troubles organiques ou fonctionnels constatés.

A ces types de fatigues sans causes connues et sans récupération possible, nous sommes enclin à donner une pathogénie psychosomatique. Autrement dit, la fatigue physique n'est que l'expression d'une dé-

pression, d'une asthénie, qui relèvent de la psychiatrie, qu'il s'agisse d'états psychotiques ou d'états névrotiques.

Certes, nous allons le voir, il n'est pas aisé de démêler, chez un "fatigué", les éléments étiologiques de son état. La symptomatologie en est variable, et les manifestations étroitement intriquées. Il n'est pas davantage aisé de traiter une telle fatigue, puisqu'elle ne semble relever d'aucune origine organique, ni même parfois, fonctionnelle. L'on comprend alors qu'à des situations particulières, très différentes des états pathologiques observés couramment en médecine, il faille opposer des méthodes thérapeutiques spéciales. Et c'est ainsi que la médecine dite psychothérapique a trouvé ici un large champ d'action. Mais elle ne résume pas à elle seule tous les moyens susceptibles d'agir sur une telle fatigue. Les thérapeutiques défatigantes, la psychopharmacologie, enfin les méthodes de relaxation, qu'elles aient un point de départ physiologique ou un point de départ psychothérapique, sont autant de moyens à notre disposition pour lutter contre ces états de fatigue chronique ne relevant d'aucune des causes organiques ou fonctionnelles habituellement constatées.

° ° °

Nous ne prétendons pas ici plaider pour la médecine psychosomatique, ni, pas davantage, en faire le procès. Nous pensons que dans toute méthode susceptible d'apporter au malade un soulagement quelconque, il faut dégager l'utilisable, et l'appliquer au mieux. La médecine psychosomatique n'est d'ailleurs pas nouvelle. HIPPOCRATE l'a en

quelque sorte pressentie. Dès 1918, HEINROTH utilise ce terme et en 1905, FREUD l'applique au problème de la conversion hystérique.

On peut dire qu'au fur et à mesure que progressent les sciences médicales, qu'il s'agisse d'anatomie, de physiologie, de pharmacologie, de biochimie, la séparation toute artificielle du "physique" et du "psychique" s'amenuise, pour tomber avec la connaissance approfondie des fonctions hypothalamiques, diencéphaliques et hypophysaires. Mais la médecine comme d'ailleurs l'empirisme populaire, ont toujours su qu'une atteinte somatique pouvait avoir des répercussions sur le comportement mental, et qu'inversement un choc, un traumatisme psychique, ou affectif, pouvaient se traduire par une douleur organique, un trouble fonctionnel. L'application raisonnée, scientifique de ces données a pris avec JELLIFFE, ALEXANDER, GRODDEK, DEUTSCH, ALLENDY, DUNBAR, un tour nouveau dans lequel les auteurs français ont eu leur part : MARTY et FAIN, VALABREGA, MONTASSUT, BRISSET, DELAY, ont étudié, discuté, appliqué les doctrines psychosomatiques pour en tirer tout le bénéfice possible. On est ainsi arrivé à dégager l'essence même des principes, d'ailleurs différemment appréciés par les divers auteurs :

la médecine psychosomatique ou médecine de la totalité, a pour originalité d'introduire la notion de profil de la personnalité qui se réalise dans des attitudes, des formes de conduite, des types de contact déterminés : ces attitudes face à une situation donnée sont la personnalité elle-même. Il n'est pas nécessaire de revenir sur l'importance de la vie émotionnelle dans les dérèglements psychosomatiques ; mais la pathogénie de ces

dérèglements n'est pas acceptée par tous sur le même plan : pour certains, il s'agit uniquement de modifications essentiellement neurovégétatives ; entre phénomène psychique et manifestation organique, se situe alors l'intermédiaire humoral et c'est par une modification physicochimique que l'affect agit sur le corps ou sur l'organe. AJURIAGUERRA pense qu'une doctrine psychosomatique ne gardera sa valeur qu'en admettant que le conflit, consciemment ou inconsciemment, est dans un sens général vécu par le corps, et que le corps est conflit face à une situation donnée.

Nous ne poursuivrons pas un exposé qui nous éloignerait du sujet restreint que nous nous proposons de traiter ici : la fatigue psychosomatique, et le profit qu'elle peut tirer des méthodes de relaxation.

Nous aurons donc d'abord à envisager les aspects et les éléments de diagnostic de la fatigue psychosomatique ; nous verrons ensuite les bases de son traitement, dont les méthodes sont multiples, puisqu'elles concernent les thérapeutiques défatigantes, la psychopharmacologie, la psychothérapie et enfin les méthodes de relaxation. Nous terminerons notre exposé par la description de ces méthodes, leurs indications et leurs résultats.

- II -

ASPECT ET DIAGNOSTIC DES
FATIGUES D'ORDRE PSYCHOSOMATIQUE

-:-

Tout processus psychosomatique évolue en trois phases dont la dernière n'est d'ailleurs que rarement atteinte, et qui ne sera pas retenue dans l'étude de la fatigue toute fonctionnelle qui nous intéresse ici :

il s'agit de perturbations originelles de l'affectivité ;
puis leur font suite les manifestations psychosomatiques fonctionnelles ;
enfin, parfois, mais exceptionnellement, apparaissent les manifestations somatiques lésionnelles, pourtant d'origine affective, et dont la maladie ulcéreuse représenterait le meilleur exemple.

Les perturbations originelles de l'affectivité peuvent provenir d'une émotion choc, mais surtout d'une tension émotionnelle durable, insidieuse, par microtraumatismes liés le plus souvent à des inadaptations sociales, familiales, professionnelles.

Le siège de ces perturbations affectives est le diencéphale, qui est pour J. DELAY "le cerveau neuro-végétatif", et, pour J. DECOURT, "le carrefour psychosomatique". C'est là une notion capitale, fondée sur

des constatations anatomiques montrant la corrélation étroite entre les centres sympathiques basilaires et le diencéphale ; sur des constatations physiologiques aussi, fondées sur l'excitation électrique diencéphalique (KARPLUS & KREIDL), sur la décoration cérébrale, l'hypothalamectomie (CANNON & BARD) ; sur des constatations anatomocliniques enfin, avec établissement d'une mimique volontaire dépendant du cortex, et d'une mimique émotionnelle dépendant de l'hypothalamus.

Quant aux facteurs provoquant ou facilitant le retentissement somatique des émotions, ils relèvent de quatre groupes pouvant s'articuler, se combiner :

CANNON a montré que les émotions déclenchent des sécrétions endocriniennes ;
autre chaînon possible, les reflexes conditionnels ;
existence de cénestopathies formant un point d'appel pour la manifestation somatique ;
facteurs psychiques résidant dans l'inconscience recherché de la mutation d'un conflit affectif en symptôme pathologique somatique : tel le refuge dans la maladie, telle l'hystérie de conversion. D'ailleurs la tendance à la préoccupation somatique peut ne pas être égocentrique, et si l'anxiété est souvent investie dans des placements personnels, somatiques, elle peut également se loger dans des inquiétudes extérieures, santé de l'entourage, catastrophes politiques ou économiques redoutées.

On admet actuellement que les manifestations psychosomatiques fonctionnelles sont nombreuses : hypertension artérielle, impuissance sexuelle, aménorrhée, migraine,

asthme, énurésie, dysarthrie, hypocondrie, hystérie de conversion enfin, dont l'expression plagie une manifestation organique.

Dans le cas particulier de la fatigue, si aucune atteinte lésionnelle n'est objectivée, les troubles fonctionnels, eux, ne manquent pas, et les examens neuromusculaires, les dosages hormonaux, les déterminations biochimiques, sont là pour donner une base concrète, objective, à la sensation subjective de fatigue "sine materia".

ALBEAUX-FERNET, BUGARD et ROMANI ont étudié l'excitabilité neuromusculaire dans la fatigue normale, sportive, mais aussi dans les asthénies chroniques. Utilisant le Grass Electric Stimulator, le rhéotome électronique de Pluven, ces auteurs ont construit des courbes exprimant l'allure générale de l'excitabilité neuromusculaire sous l'influence du stimulus électrique, et dans lesquelles on retrouve les données classiques de rhéobase et de chronaxie.

Chez l'asthénique chronique, divers types de tracés sont possibles :

- des tracés normaux ;
- mais plus souvent, des hypo-excitabilités nerveuses et musculaires, avec ascension des courbes, et conservation de la différentielle ;
- parfois encore, des tracés voisins de ceux de l'athlète surmené, avec excitabilité musculaire normale ou augmentée, hypoexcitabilité nerveuse, différentielle pincée ;
- un Chvostek électrique souvent très marqué, la réponse, ample, diffusant à tout l'hémi-face, parfois aussi au côté opposé : ces sujets sont d'ailleurs irritables, mais ils

offrent souvent une hypo-excitabilité périphérique. Ces tracés sont enregistrés au repos. Si l'on soumet ces malades à un travail musculaire, on voit les courbes prendre un aspect de brisées et à l'effort extrême, une tendance rectiligne apparaît, avec chronaxie très augmentée, rhéobase abaissée, aspect retrouvé de façon permanente chez les paralysés. Nous confronterons ces anomalies avec le comportement surrénalien. On sait en effet que l'alcalose diminue le seuil galvanique et augmente l'excitabilité et le tonus musculaire, que l'acidose agit en sens inverse, que l'excitabilité est donc fonction du rapport

$$\frac{(\text{OH})}{\text{H}}$$

que l'équilibre ionique conditionne l'excitabilité liée au rapport :

$$\frac{\text{K}' \text{ Na}'}{\text{Ca}' \text{ Mg}''}$$

La prédominance absolue ou relative des cations bivalents conduit à l'hypo-excitabilité. Les corticoïdes agissent sur le rapport

$$\frac{\text{Na}}{\text{K}}$$

ions qui jouent un rôle compétitif dans l'excitabilité sous l'influence de la surrénale. La destruction expérimentale ou clinique de la surrénale diminue le rapport Na/K par rétention potassique et déplétion sodique. Les corticoïdes rétablissent l'équilibre hydrosodique, rendent le bilan potassique négatif et élèvent ainsi le rapport Na/K. L'excitabilité neuromusculaire suit de façon générale le métabolisme du potassium. Les variations de K provoquées par les corti-

coïdes modifient l'excitabilité, en la diminuant en cas d'hypercorticismes exogènes ou endogènes avec bilan potassique négatif, en l'augmentant en cas d'hypocorticismes avec rétention potassique (ALBEAUX-TERNET).

Enfin, la sécrétion des glycocorticoïdes est sous la dépendance de l'A.C.T.H sécrétée par l'hypophyse.

Dans les états de fatigue chronique, l'hypo-excitabilité neuromusculaire est donc fréquente ; elle cadre avec l'excès des sécrétions minéralotropes, 17-désoxy, par rapport aux glycocorticoïdes, 17-hydroxy. Et l'on peut ainsi caractériser ces états : asthénie modérée, glycocorticoïdes diminués, minéralocorticoïdes normaux ou augmentés, tout au moins en ce qui concerne la corticostérone, bilan potassique normal ou négatif, sodium intra-cellulaire le plus souvent en excès, excitabilité neuromusculaire normale ou diminuée.

°°°

Intégrant la fatigue dans les pseudo-névroses de situation, BUGARD déclare qu'en consultation d'endocrinologie, les malades se plaignant de fatigue globale, physique, psychique, génitale, sont nombreux; ils continuent à travailler, mais mènent une vie "atrophiee par la fatigue" (Le GUILLANT). Sur 100 sujets "fatigués", 31 sont à la phase dépressive-asthénique d'états relevant de la psychiatrie : états psychotiques ou névrotiques ; 42 présentent une involution organique, avec des éléments dépressifs ou hypochondriaques notables ; trois seulement sont des états primitivement endocri-

niens, et 24 (soit 20 p.cent) constituent des états névrotiques mineurs, des pseudo-névroses de situation, des personnalités en déséquilibre somatique et psychique temporaire, tenant à une situation vecue, présente et réelle : allure d'une situation professionnelle (chez l'homme), de surmenage familial (chez la femme) de situation de carence.

Des troubles psychopathologiques analogues sont retrouvés avec des fréquences variables chez les travailleurs industriels.

La fatigue se manifeste par un ensemble de signes cliniques, métaboliques, hormonaux, qu'explique l'étude psychosomatique.

Les signes cliniques sont discrets, labiles, réversibles, à la frontière, du normal et du pathologique, ce qui en rend la description délicate :

fatigue anormale, non réversible sous l'effet du repos, vespérale au début, puis s'étendant sur tout le nycthémère, avec prédominance le matin, fatigue physique en dehors même de tout travail musculaire, fatigue psychique, fatigue génitale ;

hypersomnie : sommeil lourd, prolongé, profond, suivi d'une période d'insomnie avec anxiété et aboutissant à la triade de Coirault, réalisant la psychonévrose ;

intoxication par le métier, la situation de vie, avec désir de fuite ;

céphalées frontales, orbitaires, disparaissant lors du travail, réapparaissant l'après-midi, avec absence de concentration, troubles

de mémoire, baisse du rendement, d'où sentiment d'insuffisance, de culpabilité ;

intolérances, digestives, respiratoires, au bruit, aux enfants, au milieu familial. Le fatigué est mal à l'aise, mécontent de soi et d'autrui ;

apparition de douleurs localisées, en points, noeuds, boules, par hypertonie vagale, par tension de la musculature volontaire ;

baisse tensionnelle avec pincement de la différentielle.

Sur le plan du métabolisme, la fatigue est un état catabolique devenant anti-anabolique par suite d'une carence des processus de reconstruction.

Le travail étant une situation de catabolisme, la réparation de la fatigue est un état anabolique : or, la restauration est plus lente que l'usure (BUGARD). A la fatigue musculaire, s'oppose la fatigue "du sédentaire", chez un sujet en surcharge métabolique, en état de catabolisme avec perturbation des métabolismes intermédiaires : il se produit alors ou bien un découplage entre oxydations et phosphorylations, ou bien une asphyxie des processus oxydatifs et prédominance des catabolismes en anaérobiose. Cet état entraîne la formation de produits toxiques du métabolisme intermédiaire, générateurs de maladies somatiques. On peut donc entrer dans la maladie par la fatigue.

Sur le plan hormonal, la fatigue, état de catabolisme, s'accompagne d'une prédominance des hormones susceptibles de mobiliser et de cataboliser les substrats :

catécholamines, hormone thyroïdienne, corticoïdes ; et d'une baisse des hormones anabolisant les protides et des hormones sexuelles. Les 17-cétostéroïdes urinaires s'abaissent. On peut également observer une déviation de la corticostérone, avec hyperminéralocorticisme (hyperaldostéronisme) ou hypercorticostéronisme. Inversement, lors de la réparation de la fatigue, l'expression hormonale est celle de l'anabolisme, avec baisse des hormones catabolisant les protides et mobilisant les substrats, augmentation des hormones constructives des tissus, qui assurent la rétention des substrats et anabolissent les protides, à savoir l'insuline, la somatotrophine, les androgènes tant gonadiques que surrénaux ; enfin le rapport 17-cétostéroïdes/17-OH-corticoïdes, abaissé à la phase catabolique, retrouve sa valeur normale dans la phase anabolique de la réparation de la fatigue.

L'interprétation psychosomatique des faits que nous venons de considérer repose sur cette succession de catabolisme et d'anabolisme, deux attitudes de la personnalité, s'opposant dans un rythme fondamental.

Sur le plan nerveux, le travail donne lieu à une augmentation des fonctions de vigilance, et par conséquent à une augmentation de l'activité mésencéphalique, en particulier des formations réticulaires activatrices du tronc cérébral, avec prédominance des systèmes adrénergiques. En même temps, les stimuli extéroceptifs et interoceptifs, les coordinations motrices, l'activité corticale et l'activité des centres végétatifs, augmentent.

Sur le plan psychologique, le travail cor-

respond à une autonomie des conduites, à une augmentation de la liberté, à une projection du passé dans l'avenir, à une possibilité accrue de choix, mais à une diminution de la dépendance et de la sécurité.

Au repos, la phase d'anabolisme et de reconstruction comporte le retour au calme, aux attitudes orales, au sommeil, à la nourriture, à la sécurité et à la dépendance. Cette attitude psychologique a pour base métabolique et endocrinienne l'anabolisme, avec intervention des hormones correspondantes. Cette alternance des rythmes humains : travail - catabolisme - mobilisation et dépenses - liberté - insécurité, et repos-nourriture,-sommeil-anabolisme-restauration-dépendance-sécurité, permet alors de comprendre et de situer la fatigue.

Celle-ci, qu'il s'agisse de la forme chronique provoquée par le travail professionnel, par la situation, évolue sur un mode triphasique :

alarme,
phase discordante,
épuisement,
ce qui correspond au "Stress" de Selye.

A la phase d'épuisement, il y a déséquilibre de la personnalité, fin de la période de latence, et amorce brutale de la période psychonévrotique, avec troubles aigus de la conscience, crises de dépersonnalisation, passage à l'acte, impulsions, violences, fugues, délits, angoisse. Le stade de la pseudo-révrose dépassé, la fatigue persiste et brise pratiquement le sujet. Cette évolution est parfois suraiguë (fatigue des combats).

Mais on conçoit que la structure de la personnalité conditionne l'évolution avec des facteurs prédisposants variés, allant de la frustration de l'enfance, à l'immaturité, aux allergisants, aux états anciens neurotropes. La fatigue chronique si elle est souvent de nature réactionnelle peut également relever de l'involution, de la sénescence, de facteurs génétiques.

° ° °

Reste alors le difficile problème du diagnostic de la fatigue chronique, diagnostic qui exige l'exclusion de toute atteinte somatique réelle, et l'objectivation des états psychiatriques. Les facteurs responsables sont plus extra-professionnels que professionnels, même dans les névroses de travail. On saura alors rechercher et étudier les situations de surmenage d'une part, les situations de carence d'autre part.

Dans les situations de surmenage, on trouvera :

- un surmenage sensoriel, en particulier auditif, mais aussi visuel, ce qui réalise une pathologie de l'information ;
- un surmenage affectif, par excès de responsabilités familiales ;
- un surmenage psychologique dérivant du métier exercé réquérant une attention soutenue ;
- un surmenage d'adaptation, aussi bien dans le temps que dans l'espace ;
- un surmenage par difficulté de choix, situation ambivalente aussi bien dans la vie qu'au travail ;
- un surmenage par tracasserie dans le travail comme dans la vie quotidienne.

Quant aux situations de carence, elles connaissent elles aussi diverses catégories : sensorielle, par manque d'information, par toxicomanie du bruit (habitation isolée) ; affective, chez la femme veuve, séparée, abandonnée, privée de contacts sociaux, isolée ; pécuniaire, contraignant la femme à travailler au dehors ; professionnel, par suite d'un travail monotone, sédentaire, ennuyeux, ne nécessitant pas de tension psychologique et entraînant ainsi une insuffisance de motivation et une paradoxale fatigue.

Surmenage ou carence, les situations ainsi créées sont immédiates, réellement vécues dans le présent, alors que dans les pseudo-névroses de situation le conflit est ancien et profond, et revécu sur un mode inconscient et symbolique.

On peut donc conclure à l'imbrication somatopsychique de la fatigue, qui comporte un problème hormonal complexe, et qui représente une réaction post-agressive mineure, à la fois nerveuse et somatique. Mais si les endocrines objectivent les facteurs internes de la motivation, les fonctions psychologiques supérieures seraient peut-être capables d'exercer un effet correcteur sur les réponses surrénaliennes considérées comme des réactions organiques et végétatives de caractère primitif (THORN). Les réponses hormonales sont liées au psychisme, à l'aptitude du sujet à résoudre ses conflits, à s'intégrer harmonieusement dans son milieu. Ainsi, les émotions prennent le pas sur l'effort physique dans l'activation de la corticosurrénale. "L'homme est capable de

s'élever au-dessus de cette réaction hormonale faussement finaliste qu'est l'activation du cortex surrénal en réponse à une tension affective, il sait maîtriser ses émotions et ses passions". Mais cette maîtrise ne s'exerce que chez l'homme normal, bien portant. Franchie la limite du pathologique, il lui faut l'aide d'une thérapeutique qui, on peut le prévoir, aura à s'exercer autant sinon plus sur la sphère psychique que sur le plan purement organique. Et cela d'autant plus que les atteintes endocriniennes, métaboliques, psychologiques, de la fatigue chronique sont le plus souvent réversibles, dès que leurs facteurs spécifiques de stimulation entrent en jeu.

Sur le plan pratique, le diagnostic d'une affection somatique psychogénique doit se baser sur deux règles fondamentales :

l'existence de constatations positives, et non d'arguments négatifs, à savoir l'absence de causes organiques extériorisables susceptibles d'expliquer la manifestation fatigue. Il faut se garder de donner une origine psychiatrique à toutes les expressions cliniques inexplicables ;

l'interprétation prudente de traumatismes affectifs, qui ne sauraient obligatoirement et systématiquement faire incriminer une psychogenèse exclusive, en négligeant des facteurs somatiques réels, prédisposants, et parfois aussi déterminants. Il faut donc réserver le diagnostic de fatigue psychosomatique aux cas dont l'anamnèse, l'exploration psychologique, les résultats de la psychothérapie, font la preuve de cette nature particulière d'un symptôme retrouvé ailleurs si souvent sous sa forme organique

ou fonctionnelle pure.

L'étude des anamnétiques est délicate ; dans un premier groupe de faits, les troubles ont été précédés d'un choc émotif, d'une désadaptation familiale, professionnelle, sociale. Pourtant il faut penser à une possible coïncidence. Dans un second groupe de faits, ces antécédents immédiats manquent, mais avant d'exclure la nature psychosomatique des troubles, il faut encore rechercher une possible émotion lointaine séparée des troubles par une phase de méditation inconsciente, ou encore une amnésie intentionnelle masquant le traumatisme affectif initial, les souvenirs pouvant être exhumés par la narco-analyse.

Pour les auteurs américains surtout, l'exploration psychologique permet d'établir certains profils psychologiques en rapport avec un terrain favorisant électivement l'apparition de la maladie psychosomatique. Notion d'ailleurs niée en France par LAMBLING & BURGER. L'exploration de l'inconscient est délicate, et de résultats souvent discutables. Les effets de la psychothérapie enfin n'ont qu'un intérêt rétrospectif et d'ailleurs relatif. Car en cas de positivité, la coïncidence n'est pas exclue ; en cas de négativité, le mécanisme psychosomatique ne saurait être exclu, puisque la psychothérapie, nous le verrons plus loin, ne saurait assurer des résultats absolument constants. Le diagnostic d'affection psychosomatique est donc rarement évident, mais doit être évoqué chaque fois que la contribution psychogénique se révèle importante avec vraisemblance. On devra alors évaluer la part relative des facteurs somatiques et des facteurs affectifs, et leur appliquer la thérapeutique appropriée.

P. BUGARD distingue un aspect scientifique et un aspect pratique du diagnostic de la fatigue. Devant une asthénie authentique, il faut distinguer la fatigue symptôme de la fatigue syndrome, la seconde seule nous intéressant ici. On posera alors des questions précises au malade, efficacité du repos, fatigue de forme individuelle ou collective, date de son apparition, rythme dans le nycthémère, dans la semaine. Sur le plan objectif, si l'on dispose de quelques tests objectifs, on ne saurait conclure sur une seule de ces explorations et plusieurs procédés d'exploration globale et objective sont à appliquer pour un même sujet :

analyse du mouvement volontaire, technique qui prévient plus qu'elle ne traite de la fatigue, puisqu'elle rationalise les gestes d'un métier ;

électrocardiographie, objectivant les altérations métaboliques du myocarde ;

examen de l'excitabilité neuromusculaire (LABORIT) dont nous avons indiqué plus haut les résultats dans la fatigue chronique ;

réaction de Donaggio, objectivant l'élévation de l'excrétion urinaire de mucoprotéine lorsque les valeurs sont pathologiques ; mais des contradictions apparaissent dans les réponses obtenues au cours des états de fatigue, ce qui montre la complexité des faits impliqués ; de plus, cette réaction d'obstacle varie au cours du nycthémère, et inversement aux 17-hydroxycorticoïdes urinaires ;

uropepsine (THORN), qui dans la fatigue va diminuer en même temps que les 17-hydroxycorticoïdes, encore que des discordances soient

possibles.

On voit que les éléments subjectifs et objectifs du diagnostic de la fatigue dans le sens psychosomatique du terme sont variables et d'interprétation délicate. On peut alors prévoir la complexité correspondante du traitement curatif de la fatigue.

--:-

- III -

LES BASES DU TRAITEMENT

-:-

Puisque le syndrome fatigue pris dans le sens psychosomatique du terme, comporte, nous l'avons vu, de profonds bouleversements à la fois métaboliques, neurologiques, biochimiques, hormonaux, d'origine psychogénique certes, mais néanmoins de la lignée somatique, il y a intérêt à aider l'action du traitement psychothérapique par une intervention correctrice directe sur les troubles observés. Il faut donc agir à toutes les étapes, physiologiques et psychologiques, du phénomène global qu'est la fatigue.

La destruction des substrats en anaérobiose au cours de la contracture, de la fatigue musculaire, appelle l'apport d'aliments énergétiques sous une forme rapidement assimilable c'est-à-dire glucose et insuline, acides aminés, acides gras.

Les perturbations du métabolisme intermédiaire donnent lieu à la formation de composés insuffisamment métabolisés, dont on saura favoriser l'élimination par les émonctoires et assurer en particulier une fonction hépatique normale, car elle intervient en outre dans l'inactivation des corticoïdes. On agira d'abord dans le sens de la repolarisation en réalisant une restriction sodique. L'apport thérapeutique d'ions minéraux,

potassium, chlore, phosphore, calcium et magnésium, fer, et vitamines du groupe B et du groupe C, réalisera une thérapeutique physiologique freinant le catabolisme, aidant l'anabolisme. Signalons ici l'intérêt tout particulier et récent de quelques médicaments : l'heptaminol, la nor-androsténone, l'U.T.P., et enfin la Centrophénoxine qui a une action régulatrice sur la région hypothalamo-hypophysaire et doit être considérée comme un véritable "dédramatisant" (COIRAULT).

Au stade discordant la fatigue sera traitée sur tous les plans, psychologique et métabolique, endocrinien enfin ; au stade d'épuisement, le traitement au long cours a pour but de stimuler la quiescence des fonctions mentales, somatiques et métaboliques, par la psychothérapie, les psychostimulants, les vagolytiques, ou les sympathicomimétiques, par la corticostimuline et la triamcinolone. Le malade repasse alors par le stade discordant, qui, à son tour, sera traité. La psychopharmacologie dispose de tranquillisants, de neuroleptiques, de thymoleptiques, de psychoanaleptiques et de psychotoniques, de médiateurs chimiques et de substances inhibant ou favorisant l'action de ces médiateurs chimiques. Dans le traitement d'une affection psychosomatique, l'emploi de la psychopharmacologie pose des problèmes particuliers : entre l'action du médicament et l'action de la suggestion liée à sa prise, il est souvent difficile de distinguer. Le malade psychosomatique est plus camouflé et plus dépendant que le névrosé ; sa dépendance orale vis-à-vis du médecin qui le traite risque de réveiller la peur archaïque qu'il tentait de dissiper. Tout va dépendre de la manière dont le traitement sera pres-

crit et suivi. Reçu comme un bon objet, il sera valorisé par la charge affective qu'il transporte ; mauvais objet il suscitera refus, ou réserve (HELD). L'intolérance peut être réelle, par seuil de perception trop bas ; elle peut être affective, ou encore, mixte. Le malade redoute de devenir le prisonnier de sa dépendance vis-à-vis du thérapeute ; dans le cas contraire, avec appétence excessive, le risque ressemble alors à celui d'une toxicomanie. Les substances psychopharmacologiques, comme la psychothérapie, agissent au niveau de la substance réticulée ; conjointement données, elles auront un effet synergique, favorable, ou décalé. Drogue miracle, ou piège redoutable, tels sont les extrêmes sous lesquels le médicament psychopharmacologique peut être considéré par le patient. La psychopharmacologie va donc avoir sur la psychothérapie associée soit un effet favorable, soit un effet défavorable :

effet favorable : la peur, l'agressivité sont atténuées, médecin et malade se rapprochent ; mais aussi, certains symptômes somatiques diminuent ou disparaissent ;

effet défavorable : certaines réactions du malade sont supprimées, alors que leur analyse eut apporté des éléments utiles.

Toutes les opinions ne concordent d'ailleurs pas sur l'utilité et l'efficacité de la psychopharmacologie dans les affections psychosomatiques. P. LEVY pense que le malade doit se sentir accepté en tant que malade somatique, et non pour un sujet atteint de maladie émotionnelle ou mentale, même si c'est un psychothérapeute qui le soigne. Mais le centre de gravité des entretiens médicaux a été placé dans le domaine du vécu

subjectif du sujet, qui ainsi ressent que ce qu'il éprouve et dans son corps et dans son âme n'est pas séparé, mais également pris au sérieux et compris. "Il se sent accepté dans sa totalité". Le médicament psychotrope administré risque de dissocier cette totalité. Si un produit efficace va favoriser les débuts de l'action psychothérapique, on peut se demander s'il est nécessaire que l'activité réelle de ce produit se situe au niveau de la sphère psychique. Le contact psychothérapique ne sera-t-il pas également établi avec un médicament soulageant l'état somatique, qu'avec une médication purement psychotrope ? Il nous paraît difficile de répondre à une telle question, en particulier lorsque l'affection en cause est la fatigue, sans substratum organique bien net. Pourtant, le psychisme est toujours présent à l'origine de la fatigue, et donc dans son traitement. Entre le réactionnel et les composantes relevant du tempérament, il est parfois difficile de distinguer les responsabilités respectives devant le syndrome de fatigue chronique.

Cependant, les causes de tension, de conflit, sont nombreuses et variées, et multiples sont les moyens d'échapper à la fatigue, à la douleur morale. La psychothérapie des états de tension émotionnelle, des troubles névrotiques mineurs, peut réussir entre les mains du praticien de médecine générale, si les conflits sont récents, conscients. Lorsque les troubles affectifs sont profonds et anciens, seul le psychiatre peut les influencer. De toutes façons, on saura tenir compte du niveau intellectuel, du caractère, de l'évolution psychologique et affective du malade ; le traitement sera conduit par étapes, au fur et à mesure que

se précisera la situation conflictuelle ; celle-ci étant d'autant plus facile à dénouer que le conflit sera extrinsèque, et la fatigue, un caractère réactionnel. Placé en face de sa situation de conflit, le malade verra sa tension interne se réduire. La vie du malade sera réorganisée en ménageant et sa résistance psychologique, et sa résistance organique. Repos sans ennui en cas de conflit extrinsèque et de fatigue réactionnelle ; exercice physique, activité mentale créant diversion, en cas de conflit interne et de caractère névrotique. L'asthénie ne devra pas être cultivée, l'inquiétude sera transposée sur un plan affectif et intellectuel supérieur.

A ces divers moyens curatifs, s'ajoutent les méthodes de relaxation, dont nous allons maintenant aborder l'étude, principes, buts, réalisation et résultats.

- IV -

METHODES DE RELAXATION :
TECHNIQUES, INDICATIONS ET RESULTATS

--

Il existe un grand nombre de techniques de relaxation applicables à des affections psychosomatiques en général, à la fatigue en particulier. On peut les réunir en deux groupes principaux :

les techniques à point de départ physiologique (JACOBSON, JARREAU-KLOTZ, AIGINGER);

les techniques à point de départ psychothérapique (SCHULTZ, AJURIAGUERRA, KRETSCHMER).

Mais dans les deux cas, les méthodes se basent sur la notion de tonus et de comportement, sur celle de la connaissance d'états dits tensionnels.

On peut dans une certaine mesure en effet aborder les problèmes des états émotionnels sous l'angle de la notion de tonus. KRETSCHMER a été des premiers à indiquer la relation pour lui remarquable existant entre tonus affectif, tonus végétatif interne, et tonus externe ou musculaire, le contrôle du tonus et sa maîtrise étant un aspect de la personnalité profonde.

L'intégration tonico-émotionnelle conjointe dès le premier âge est de première importance (WALLON), alors que chez l'adulte le

problème des relations entre tonus et expressions émotionnelles est moins nettement posé.

En face d'autrui, nous exprimons notre personnalité par des attitudes particulières: l'attitude représentant déjà une manière de contact avec le monde, une façon de s'offrir ou de se refuser, une adhésion, ou une crainte. Refus, acceptation, ne sont pas uniquement verbaux, idéiques, mais ce sont aussi des réactions toniques d'un corps qui donne ou qui refuse. L'attitude doit être considérée comme une ébauche d'action, des actions non exprimées pouvant être vécues sous la forme d'attitudes internes (AJURIAGUERRA). Chez l'enfant, les réactions tonico-émotionnelles sont conjointement avec l'activité digestive et respiratoire, les relations avec le monde extérieur. Les réactions sont d'abord globales, puis ultérieurement elles deviennent de plus en plus spécifiques de chaque source d'excitation tout en restant plus ou moins globales, puisque les ressources de réactions toniques sont limitées, rigidité, relâchement, agitation, stupeur ... La vie phantasmatique elle-même représente une attitude vis-à-vis de situations données. A la phase de dialogue, action propre et action d'autrui sont vécues comme des attitudes interchangeables (WALLON). Les formes tonico-émotionnelles ne sont pathologiques que si elles persistent sous une forme primitive lors d'un degré élevé d'évolution, si elles existent sous forme de tonus interne lorsque la situation n'est pas réelle, mais figurée, et si elles sont irréversibles. A un niveau d'évolution et dans une situation donnée, attitude et réaction tonique peuvent être soit enrichissantes, soit épuisantes et défavorables

énergétiquement parlant. Pour chaque individu, il existe une attitude, un mode expressif, un mode réactif dépendant du type d'intégration psycho-affectif, des facteurs thymiques, de la structure morpho-typologique, avec un lien étroit entre ces divers facteurs. En face d'un conflit, l'asthénique réagit de façon différente de l'athlétique. On est ainsi arrivé à concevoir un parallélisme étroit entre les fonctionnements moteurs et les fonctionnements psychiques (REICH). Les états tensionnels paraissent des attitudes toniques d'un corps en état de vigilance, et répondant aux stimuli, par une répercussivité excessive : c'est le cas pour l'hyperémotif à système végétatif labile, qui réagit par un sursaut, donc par une réaction inadaptée. A cette forme tonico-émotionnelle s'ajoutent des formes tonico-caractérielles, dans lesquelles l'état tensionnel est vécu de façon différente avec habituellement somatisation ; la tension interne déclenche des modifications végétatives, surtout viscérales et vasculaires. Enfin, le corps peut répondre à l'état de tension par une attitude de défaite plus ou moins acceptée, par une fausse relaxation.

Les thérapeutiques peuvent s'adresser soit au plan émotivo-affectif, soit au plan tonique. La psychothérapie peut modifier les états tensionnels. Plus récemment, les méthodes de relaxation sont venues ajouter leurs ressources thérapeutiques, en tendant primitivement à réaliser un état voisin, sur le plan physiologique, de celui du sommeil : au cours de celui-ci en effet, on constate une modification sensible de tous les appareils et organes : battements cardiaques plus lents et plus faibles ; pres-

sion artérielle abaissée, mouvements respiratoires plus lents et profonds ; métabolisme diminué ; équilibre vagosympathique modifié ; mais aussi baisse de l'état de vigilance jusqu'à la perte de la conscience, sans que l'activité disparaisse totalement, diminution de la sensibilité, inversion des réflexes, relâchement musculaire. Ces modifications dépendent des centres situés au niveau du diencephale, du tronc cérébral, des systèmes diencephalo-corticaux. Or, les manoeuvres de relaxation assurent elles aussi : une diminution de la dureté du muscle, une facilitation du mouvement passif, par résistance diminuée à la mobilisation, chute plus lourde du segment de membre, une plus grande passivité. L'étude électromyographique montre d'ailleurs que la tension musculaire reste propre à chaque individu, avec existence d'un facteur tension musculaire de la personnalité, tension plus marquée dans les états psychotiques et psychosomatiques (MALMO). On trouve aussi, au cours de la relaxation, une baisse des réflexes ostéotendineux, hyporéflexivité allant parfois jusqu'à l'abolition des réflexes, des modifications de chronaxies sensitives et motrices, une atténuation de la réponse réflexe au stimulus douloureux. La relaxation musculaire entraîne une diminution de l'activité psychique générale.

Il existe de nombreuses méthodes dont le résultat final est la relaxation, obtenue par des voies différentes : prise de conscience de la contraction et de la relaxation musculaire, donc à visée plutôt physiologique ; représentation imageante de la relaxation elle-même, ce qui vise le plan représentatif par manoeuvres d'auto-suggestion.

Méthodes de relaxation à point de départ physiologique

La méthode de JACOBSON recherche une relaxation progressive. Le sujet étant allongé, aussi immobile que possible, reste un état de tension résiduel que la technique cherche à faire disparaître. La méthode connaîtra des modalités différentes selon les situations qu'elle traitera. Mais souvent elle durera plusieurs mois, voire plusieurs années, avec des séances de 30 à 60 minutes, trois ou quatre fois par semaine, voire quotidiennes.

Dans une chambre silencieuse, moyennement éclairée, le sujet s'allonge, sans croiser les jambes, bras étendus le long du corps ; le but est de cultiver son sens musculaire, de lui apprendre à reconnaître le degré de tension musculaire de ses muscles, à la suite de quoi l'entraînement à la relaxation complète de ces muscles est entrepris, dans un ordre déterminé : biceps du bras gauche, triceps gauche, flechisseurs de la main gauche, extenseurs de la main gauche ; puis même ordre pour le bras droit. Sont ensuite étudiées les contractions des muscles des membres inférieurs, gauche puis droit, les muscles abdominaux et respiratoires ; le groupe thoracique, etc... Les contractions volontaires de ces divers muscles affinent le sens musculaire, font acquérir la sensation de contraction. Puis on demande de faire le contraire de ce qu'il doit faire, de ne pas le faire : ainsi on apprend au sujet que relaxation signifie un "non agir" qui n'implique aucun effort. Dans une seconde étape, on éduque la relaxation différentielle ce qui affine davantage les possibilités de contrôle musculaire du sujet, permet un transfert de

cette capacité de relaxation dans l'action et la vie quotidienne.

La dernière phase de l'entraînement amène une prise de conscience des tensions musculaires provoquées par les mouvements affectifs, les difficultés dans la vie. Ce qui permettra ultérieurement de réduire la tension musculaire localisée et donc de faire disparaître le trouble psychique initial. JACOBSON obtient ainsi la relaxation psychique, par le contrôle des contractions légères des appareils de l'expression, et qui accompagnent pensées et sentiments.

La relaxation progressive exige, nous l'avons dit, une longue période de temps, avec séances de contrôle mais aussi entraînement quotidien chez soi, pendant une heure ou deux.

Autre méthode à point de départ physiologique, la technique de JARREAU et KLOTZ, qui dérive de celle de JACOBSON, tout en empruntant certains temps à SCHULTZ : contrôle de la pesanteur, vecteur d'autodécontraction musculaire. Ici l'entraînement connaît deux temps :

des exercices en decubitus et en position assise, cherchant à réaliser un relâchement musculaire global aussi complet que possible. On arrive ainsi à une relaxation extension à laquelle aucune région du corps n'échappe, ou une individualisation et à une reconnaissance de certaines localisations de la tension musculaire, selon les malades.

Dans un second temps, le médecin recherche les zones de tension musculaire résiduelle

signalées par le malade lui-même dans certains cas. Ces "paratonies cruciales" sont des zones de résistance au relâchement, et si elles cèdent plus ou moins lentement aux tentatives du malade, elles réapparaissent longtemps dès que le malade n'y prête plus d'attention.

La résolution progressive des paratonies de résistance sera recherchée lors des séances de relaxation. Lors de l'obtention de la réduction ou du déconditionnement de ces tensions résiduelles, les symptômes morbides vont souvent se résoudre. La méthode de JARREAU et KLOTZ est donc analytique, et le malade qui semble vivre plus intensément sa tension psycho-affective dans ces zones musculaires de paratonie, va pouvoir concentrer électivement ses défenses et les utiliser à des fins thérapeutiques.

La troisième technique à point de départ physiologique est le "training compensé de Aiginger".

Partant de considérations cliniques et physiopathologiques, dans les états névropathiques de type obsessionnel et dans les états post-encéphalitiques, AIGINGER note l'atteinte prédominante des noyaux de la base et de la région mésencéphalique. Les troubles névropathiques relèveraient eux aussi d'une irritation des noyaux sous-corticaux et du cortex. Le training compensé a pour but de calmer ces zones irritées.

De toutes les fonctions végétatives, seule la respiration est sous l'empirement de la volonté et directement consciente. Dans les états névropathiques, précisément, la respiration est fréquemment perturbée, sous l'ac-

tion de complexes psychologiques, d'anxiété d'origine psychologique ou centrale, d'inhibitions liés aux conflits. Ces troubles respiratoires entretiennent l'irritation des centres bulbaires et sous-corticaux responsables des régulations végétatives des organes internes. Il s'agit donc, par le training compensé, d'éduquer ou de rééduquer la respiration afin d'agir, au moyen d'une réaction centrale, sur les centres sous-corticaux et corticaux de cette fonction. Ces centres étant ainsi mis au repos, on apaise également toutes les autres fonctions végétatives, et tout le cortex qui contrôle l'état affectif et l'état thymique du malade. La rééducation de la respiration modifierait l'état des centres médullaires et cérébraux, et obtiendrait une sédation générale du système nerveux irrité. Les troubles mentaux mineurs liés à l'irritabilité nerveuse cortico-sous-corticale disparaîtraient ainsi.

Dans un premier temps, on établit un contrôle actif et dynamique de la respiration, qu'on demande au malade de ralentir et de rendre aussi profonde et complète que possible. Selon la gravité de la maladie, le rythme des exercices sera fixé par le thérapeute. On demande au malade au cours de la journée de répéter ces exercices, toutes les heures ou toutes les deux heures. En position assise, le relâchement musculaire doit être aussi total que possible, avec en fin d'inspiration, l'attitude en cocher de fiacre décrite par SCHULTZ. Le traitement comporte également une sieste ou un repos allongé une demi-heure à une heure après le déjeuner, avec respiration régulière et profonde.

Lors du repos, du sommeil, le malade doit

porter son attention sur le corps et le vécu subjectif de la respiration afin de le détacher du monde idéatif et phantasmatique obsédant qui est le sien : en somme, la méthode cherche à atteindre une somatisation, une extroversion détachant le sujet de son moi intérieur pour s'intéresser à son moi corporel, d'où facilitation à une intégration au monde extérieur. La perception des sensations subjectives corporelles, signes ou conséquences externes de l'état d'irritabilité centrale, sera suivie de leur suppression, la rééducation respiratoire permettant une dédramatisation de leur vécu intérieur (AIGINGER). La peur de la maladie disparaît, ainsi que les états d'irritation centrale, par régularisation de la respiration et rééducation de l'équilibre nerveux.

Cette rééducation respiratoire active rétablit secondairement l'équilibre du tonus nerveux et neurovégétatif, ramène le sommeil ; si elle est de point de départ physiologique, elle utilise également des éléments psychothérapiques généraux qui en complètent l'action.

o°o

La technique de AIGINGER fait en quelque sorte la transition entre les techniques à point de départ physiologique et les techniques à point de départ psychothérapique, dont les principales sont dues à SCHULTZ, à AJURIA-GUERRA, à KRETSCHNER. La méthode de SCHULTZ est un autogène training, une autorelaxation concentrative.

Méthodes à point de départ psychothérapique

Méthode de SCHULTZ

Comme celle de JACOBSON, elle se pratique individuellement ou par groupe, dans une chambre tranquille, isolée des bruits extérieurs, avec une température modérée et un éclairage faible, ce qui diminue les excitations extérieures et rapproche des conditions du sommeil normal. Il faut supprimer toutes les compressions vestimentaires.

Que la position soit assise ou couchée, elle sera passive, laissant les articulations en position intermédiaire ; sans contraction musculaire.

Le malade, yeux fermés, doit se représenter mentalement qu'il est totalement détendu. Selon le sujet, des différences individuelles se produisent. La représentation se fait surtout dans la sphère sensorielle, plus facile, elle est d'abord intellectuelle, et progressivement prend une valeur affective. On distingue plusieurs phases :

phase de pesanteur : on demande au malade de se représenter la phrase : le bras droit est pesant, et de maintenir la formule : je suis complètement détendu. La relaxation recherchée est vérifiée par la palpation musculaire, par la chute du membre soulevé. La relaxation étant obtenue dans un membre, la sensation de poids commence à s'éprouver spontanément dans une autre partie du corps, réalisant la généralisation, tandis que le sujet pense : mes bras sont pesants, tout mon corps est pesant. La relaxation musculaire généralisée obtenue est souvent suivie d'une sensation de fatigue générale, de tendance au sommeil. Cette notion de "sens mus-

culaire" fait passer du terrain physiologique pur au terrain psychologique.

Cependant la sensation de lourdeur n'est pas constante dans la pratique de la relaxation musculaire, et chaque malade donne une description différente de sa propre expérience. Les séances doivent d'abord être très courtes, de l'ordre de 20 à 30 secondes, interrompues par des mouvements de flexion et d'extension, de respiration profonde, yeux ouverts. Lorsque le premier exercice est acquis, il devra être répété trois fois par jour, après les repas et au coucher, pendant des semaines.

La relaxation généralisée étant obtenue, on passe à la phase calorifique, avec exercices de concentration pour obtenir le contrôle du système vasculaire : la formule utilisée est alors : mon bras droit est chaud. Il n'est pas rare que la sensation de chaleur apparaisse spontanément lors des exercices de relaxation musculaire. Mais à la seconde phase, le phénomène calorifique sera à son tour l'objet d'un entraînement spécial. La sensation de chaleur est liée à la relaxation musculaire, phénomène qui dépend d'un facteur central, l'influence directe sur les centres régulateurs de la pression artérielle des centres du tonus musculaire, un facteur périphérique, l'effet sur la circulation locale de la relaxation musculaire. D'où relaxation vasculaire et vasodilatation. Comme la relaxation musculaire, la vasodilatation peut se généraliser, sans qu'il soit nécessaire de l'interrompre : elle se maintient alors pendant longtemps, jusqu'à 30 minutes. Relaxation musculaire et vasculaire généralisées sont obtenues en quelques secondes au bout d'un entraînement d'un mois environ.

La phase suivante concerne les modifications du rythme cardiaque : le malade, complètement relaxé, apprend à éprouver l'activité de son coeur, puis à le contrôler.

Ce sont alors les modifications respiratoires qui sont éprouvées et perçues comme extérieures à l'organisme. A la phase abdominale, le malade perçoit une intense sensation de chaleur, ce qui est atteint en deux semaines environ.

La dernière étape enfin est celle de la phase du froid perçu au niveau du front.

Tous ces exercices sont correctement effectués après un entraînement total de trois mois environ. Ils seront ensuite pratiqués par le malade seul, qui pourra chez lui faire des séances de trente minutes.

Méthode de J. de AJURIAGUERRA et collaborateurs, Hôpital Henri Rousselle : il s'agit d'un entraînement psycho-physiologique par la relaxation, avec nouvelle relation du sujet à autrui, du malade au thérapeute ; cette rencontre privilégiée pourra être approfondie, travaillée.

Le but essentiel de la technique de AJURIAGUERRA est précisément l'approfondissement de la relation interpersonnelle du médecin et du patient ; et de plus, l'utilisation psychothérapique des données ainsi obtenues. Dans la méthode de SCHULTZ les résistances que le malade oppose à l'apprentissage sont dépassées par des modifications techniques, ou instrumentales. Avec l'entraînement psycho-physiologique de AJURIAGUERRA, ce sont ces difficultés rencontrées par le malade qui revêtent une valeur essentielle,

en faisant partie et de sa personnalité, et de sa maladie. "Le mode relationnel des patients est entravé, sans souplesse, déterminant souvent, à leur insu, un fonds de tension permanente à la fois affective et somatique". La technique se fonde sur ces difficultés qui ne sont ni évitées, ni dépassées, mais analysées dans le cadre de la relation thérapeute-patient. La cure est physiologiquement efficace et par là agira directement sur le symptôme, tandis que le travail d'entraînement permettra au sujet de prendre conscience de ses réponses toniques non adéquates, et de la modifier. La technique réalise une conquête progressive à l'intérieur de la relation thérapeutique, une maîtrise tonique et intérieure.

Sur le plan technique, AJURIAGUERRA utilise le temps de pesanteur et le plan de chaleur qui appartiennent à la méthode de SCHULTZ, en donnant une place importante au relâchement musculaire, à l'acquisition de la maîtrise de la musculature striée, à l'approfondissement de ses incidences psychologiques et relationnelles. Il ne s'agit plus de demander au malade une attitude passive de bonne volonté, mais de lui faire acquérir un acte nouveau et volontaire, à obtenir de lui un effort de guérison, une conscience de la simplification de sa conduite tonique paradoxale. Ainsi le malade va-t-il assumer et créer de nouveaux conditionnements tonico-affectifs. Le rôle du thérapeute est fondamental, actif, privilégié. Il vise à obtenir le déconditionnement de l'état tonique pathologique et utiliser la relaxation au niveau du symptôme. Par la suite, le malade réalisera ses difficultés toniques dans l'ensemble de sa vie ; il les préviendra par l'automatisme des nouvelles attitudes toniques

qu'il aura expérimentées en cours de cure.

Une autre variante de la technique de SCHULTZ est celle de STOKVIS, pour traiter les états monosymptomatiques, somato-névrotiques, spastiques, chez des sujets dont les possibilités introspectives sont limitées. Il s'agit surtout d'utiliser des procédés suggestifs pour obtenir la guérison et la disparition du symptôme.

La méthode de KRETSCHMER enfin est une hypnose active fractionnée. Elle dérive des mécanismes utilisés par les anciennes techniques hypnotiques, mais réalise une technique qui en permet l'emploi sans en présenter les inconvénients. Pour KRETSCHMER, le fait fondamental est le rapport spécial qui s'établit entre le malade et le médecin. Les principes en sont les suivants :

- renoncement à tout facteur suggestif ;
- dissociation dans le processus de l'hypnose, des différents facteurs simples dont il se compose ;
- utilisation méthodique, échelonnée et progressive, de ces facteurs, en faisant effectuer au malade des exercices actifs.

Ici encore, sont utilisés au début du traitement, les deux premières étapes de la méthode de SCHULTZ :

relaxation musculaire,
vasodilatation.

Mais là s'arrête l'analogie, puisque la troisième étape a recours à l'état hypnoïde, selon l'ancienne technique hypnotique de la fixation :

on demande au malade de fixer l'extrémité d'une épingle, ou le bout du doigt du médecin,

maintenu à 20 centimètres environ des yeux : cette fixation provoque d'une part la fatigue des muscles oculaires, encore augmentée par la proximité de l'objet : c'est le pas essentiel vers l'état d'hypnose. Par ailleurs, au lieu d'une épingle, d'une extrémité de doigt, on peut utiliser le cadran d'une montre à tic tac, la monotonie du rythme favorisant le processus d'hypnose. Enfin intervient un autre facteur important, le rétrécissement du champ de la conscience par la concentration psychique.

Au cours de cette phase de fixation, et avant l'apparition de l'état hypnoïde, il est possible de voir apparaître des troubles vasomoteurs, une congestion de la tête, des sensations vertigineuses. En revenant au deuxième exercice de SCHULTZ, c'est-à-dire à la vasodilatation généralisée, on fera disparaître ces troubles.

L'état hypnoïde étant atteint, diverses voies peuvent alors être utilisées. L'état hypnoïde peut en effet servir à un point de vue analytique, cathartique, abréaction de complexes, à un point de vue psychologique, avec influence verbale du type suggestif. Enfin on peut aussi établir la déconnexion de certains appareils végétatifs corporels. Les formules verbales représentent les buts à atteindre. Le réveil se fait progressivement, et par la parole.

Les exercices de SCHULTZ utilisés dans la méthode de l'hypnose fractionnée progressive sont considérés par KRETSCHMER comme essentiels, car ils donnent la maîtrise sur les fonctions corporelles ; chez un sujet pré-disposé, l'état d'hypnose peut fort bien ap-

paraître dès les exercices de relaxation musculaire, ce qui ne doit pas faire supprimer l'étape de la vasodilatation.

L'hypnose obtenue sera utilisée, dans une phase suivante, à une application thérapeutique proprement dite : on exploitera les données de l'analyse conduite parallèlement ou par un travail de décontraction localisé, selon les troubles accusés par le malade. Dans le premier cas il s'agit d'un travail psycho-affectif, dans le second cas, de la rééducation des perturbations tonico-émotionnelles. Le thérapeute, au cours des séances, prendra une attitude analytique active centrée sur les conflits actuels, afin d'introduire le malade dans la psychogenèse de sa maladie. Puis avec le malade, le médecin examinera les moyens de libérer, de sortir de la situation de conflit pathogène. Des solutions seront proposées, permettant au patient d'élaborer celle qui sera la plus apte à la résolution du conflit. Ainsi l'analyse des conflits sera progressivement remplacée par l'analyse du caractère ; les résultats permettront l'élaboration de phrases-clefs répétées lentement, et permettant la structuration nouvelle de la personnalité. Le travail d'analyse et de synthèse étant terminé, les séances s'espaceront, afin de liquider progressivement les relations médecin-malade, et de permettre le transfert des dispositions acquises dans la vie même du malade. Enfin, le malade devra continuer personnellement les exercices de décontractions, induire des états hypnoïdes de plus en plus prolongés.

La méthode de KRETSCHMER mérite donc bien l'appellation de standard à deux voies, puisqu'elle utilise d'une part une régulation

nouvelle des niveaux toniques de la musculature volontaire et des organes internes, d'autre part, une élucidation des conflits, par analyse parallèle.

° ° °

Nous ne ferons que mentionner ici les méthodes physiothérapiques de relaxation, utilisant l'eau, l'air, l'électricité, la lumière, la chaleur, le froid, le mouvement, la marche et les exercices gymniques.

La technique de la Danoise ALEXANDER met en oeuvre une méthode personnelle de relâchement musculaire, d'éducation de la décontraction, basée sur l'éducation rythmique de D'ALCROZE. La méthode est particulièrement dirigée contre la fatigue, dont les causes essentielles sont d'ordre psychologique, avec complexes d'infériorité. L'éducation rythmique enseigne à éliminer la fatigue inutile, à améliorer la technique defectueuse des mouvements dans le travail, dans la vie quotidienne. On obtient d'abord une relaxation totale aboutissant à une hypotonie généralisée, puis un équilibre harmonieux entre hypotension et tension.

° ° °

On peut donc dire que, quel que soit le procédé utilisé, les méthodes de relaxation représentent essentiellement une technique d'entraînement assurant une maîtrise de certaines fonctions corporelles, et par là, de certains processus mentaux. Il y faut l'accord du malade, sa persévérance, sa confiance, sa coopération.

Chez le sujet sans syndrome pathologique franc, ce qui est le cas dans la fatigue de nature psychosomatique, les méthodes de relaxation n'en vont pas moins connaître des indications précieuses, chaque fois qu'il existe des modifications du tonus musculaire et des déséquilibres des systèmes de régulation de la tension nerveuse.

Les méthodes de relaxation assurent avant tout un amortissement de la résonance émotionnelle des affects, et une véritable mise au repos : la fatigue est donc une indication principale de la relaxation. L'organisme oscille perpétuellement entre état d'activité et état de repos : activité signifiant tension, repos signifiant relâchement. Mais la qualité du repos est fonction directe de la profondeur du relâchement psycho-physiologique, de la suppression de la tension. Si l'activité est ininterrompue, la tension est constamment augmentée, et peut devenir finalement pathogène. La technique de relaxation pourra alors diminuer régulièrement le niveau de tension. L'activité débutera à un niveau tensionnel normal, le rendement sera accru, et la fatigue diminuée.

On comprend alors que des séances de relaxation espacées régulièrement le long de la journée aient été envisagées ; ce qui permet aux sujets qui sont particulièrement fatigables et crispés d'atteindre sans fatigue la fin de la journée, voire d'augmenter leur rendement. La méthode du repos préventif a été adoptée par certains sujets hyperactifs, aux lourdes responsabilités, et par quelques entreprises.

Que ce soit JACOBSON, ou SCHULTZ, les indications des méthodes de relaxation, disent ces auteurs, sont diverses. Il faut y inclure les troubles du sommeil, les céphalées, les

névralgies, les états dépressifs, les états anxieux, les troubles fonctionnels digestifs, les troubles cardio-vasculaires et en particulier l'hypertension artérielle, les troubles endocrinovégétatifs, et en particulier l'hyperthyroïdisme, les troubles urinaires (énurésie) et sexuels, les troubles psychomoteurs, à type de tics, bégaiements, tremblements émotionnels, crampe des écrivains.

Par rapport à l'état tonique de fond et aux réactions toniques, AJURIAGUERRA classe comme suit les malades susceptibles de tirer bénéfice de la relaxation :

1°- Etat de fatigue, de tension : il s'agit de sujets fatigués, insomniaques, inquiets, craintifs, souvent sujets aux accidents. NEUFELD, qui a traité bon nombre de "fatigués" par la relaxation, selon la technique de JACOBSON, en souligne les excellents résultats ;

2°- Etats à réaction tonico-émotionnels violents, sujets asthéniques souvent, aux réactions végétatives et vasculaires labiles souvent exagérées ;

Puis viennent :

3°- Les états psychomoteurs divers, exprimant une arriération affectivo-motrice ou un état obsessionnel ;

Et à l'opposé des fatigués,

4°- Les états de tension permanente à armature caractérielle solide, fortement organisée, chez des sujets athlétiques ou longilignes, avec composante musculaire importante, agressifs, sujets à réactions violentes freinées par une censure exagérée.

Il serait une Lapalissade que de dire que le traitement logique de la fatigue est le repos. Mais nous avons montré, nous l'espérons, que cette proposition n'est pas si simple qu'elle ne le paraît a priori :

- d'une part, la fatigue est un symptôme subjectif banal, retrouvé dans de très nombreux états pathologiques, à substrat organique, ou fonctionnel. Dégager cette sensation de fatigue toute subjective d'un contexte clinique n'est pas chose facile, et plus difficile encore sera de mettre en évidence un mécanisme psychogène responsable de la fatigue, et de ses manifestations somatiques, nerveuses, métaboliques, hormonales, bio-chimiques.

Vient alors la seconde étape, la thérapeutique succédant au diagnostic. Faute d'une cause organique, le traitement médical ne peut qu'être symptomatique ; il ne saurait donc avoir d'action suffisante, ni, surtout, permanente. C'est alors qu'il faudra faire intervenir les moyens actuellement à notre disposition dans le traitement d'un syndrome psychosomatique : psychothérapie, psychopharmacologie, méthodes de relaxation, seules capables de retourner une situation inextricable sous l'angle de la thérapeutique médicale usuelle.

- V -

CONCLUSIONS

-:-

I - Le retentissement réciproque des manifestations psychiques et physiques, connu empiriquement depuis des siècles, a abouti à une conception scientifiquement établie : la médecine psychosomatique. Au nombre des états pathologiques susceptibles d'être rattachés aux maladies psychosomatiques, la fatigue occupe une place importante, du fait de sa grande fréquence.

II - Si en effet la fatigue est une sensation subjective banale, physiologique après l'effort, pathologique au cours d'un certain nombre d'atteintes fonctionnelles ou organiques, elle peut aussi, à elle seule, résumer un syndrome pour lequel aucune étiologie n'est décelable. Quelle qu'en soit la pathogénie, la fatigue présente des signes objectifs constants :

troubles de l'excitabilité neuromusculaire, perturbations de l'ionogramme, anomalies métaboliques, modifications des sécrétions hormonales, en particulier corticosurrénales. Toutefois la fatigue psychogène a pour particularité d'apparaître et de persister en dehors de tout effort, et de ne céder ni au repos, ni aux thérapeutiques défatigantes.

III - La multiplication actuelle des cas de fatigues sine materia a souligné la nécessité de la mise en oeuvre de moyens spéciaux de diagnostic et de traitement tenant compte des éléments psychiques en cause :

pour le diagnostic : établissement de la part du réactionnel et des composantes tempéramentales, du rôle de traumatismes affectifs, anciens, minimes, renouvelés ;

pour le traitement : outre les mesures symptomatiques, la psychopharmacologie, la psychothérapie et les méthodes de relaxation, qui visent à la suppression des états de tension psychologiques, aux répercussions endocriniennes, autonomiques, motrices. La relaxation provoque le relâchement de la contracture musculaire, qui se refléchit à son tour sur la tension mentale et apporte la détente psycho-affective.

IV - Les techniques de relaxation connaissent en matière de fatigue des indications diverses, et des succès :

- tempéraments hyperesthésiques et émotifs, à seuil d'excitation sensoriel ou affectif abaissé ;
- états de fatigue réactionnelle, avec dépression ou anxiété secondaires à des situations externes ou internes génératrices de tension et de conflit ;
- états anxieux ayant pris une forme asthénique, après immobilisation prolongée pour maladie chronique ;

- états fonctionnels enfin, ou psychosomatiques, dans lesquels la fatigue est présente à titre de symptôme dominant, ou associé.

-:-

Vu :
Le Président :
Signé : L. de GENNES

Vu :
Le Doyen :
Signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Signé : Jean ROCHE.

BIBLIOGRAPHIE

-:-

- P. ABOULKER, L. CHERTOK
La relaxation. Aspects théoriques
et pratiques.
Soc. Fr. Méd. Psychosomatique, Expans.
Scient. Fr. 98 p Paris 1958
- J. AJURIAGUERRA, J. GARCIA BADARACCO
Les thérapeutiques de relaxation en
médecine psychosomatique.
Presse Méd. LXI pages 316-320
4 mars 1953
- J. AJURIAGUERRA, M. CAHEN
Tonus corporel et relation avec autrui.
L'expérience tonique au cours de la
relaxation.
Revue Méd. Psychosomatique II pages
89-124 : avril-juin 1960
- M. ALBEAUX-FERNET, P. BUGARD, J.D. ROMANI
Excitabilité neuromusculaire en cli-
nique. Variations hormonales et méta-
boliques. Application à la fatigue.
Presse Méd. LXV pages 61-64
12 janvier 1957
- M. ALBEAUX-FERNET
Les Fatigués.
Consultations journalières en endocri-
nologie -
Masson éd. Paris 1961 pages 27-36

M. BALINT

Le médecin, son malade et la maladie.
Presse Univ. Fr. 1960 362 p

P. BUGARD

A propos de la relaxation dans les
états asthéniques.
Revue Méd. Psychosomatique II pages
159-160 sept.1960

P. BUGARD

La fatigue. Physiologie. Psychologie
et médecine sociale.
Masson éd. Paris 1960 307 p

P. CHAUCHARD

La fatigue.
Presses Univ. Fr. Paris 1956 128 p

R. COIRAULT

Les médications et médicaments de la
fatigue.
Progrès Médical 24 mars 1961

J. DELAY

Perspectives psychosomatiques.
1er Congrès Méd. Psychosomat. Langue
Fr. Vittel juill.1960 in
Rev. Méd. Psychosomat. II pages 7-22
sept.1960

R. DURAND de BOUSINGEN

La relaxation.
Presses Univ. Fr. Paris 1961 126 p

R. HELD

Pharmacodynamie et psychothérapie des
affections psychosomatiques. Psycho-
pharmacologie et psychothérapie en
médecine psychosomatique.
Rev. Méd. Psychosomatique III
pages 29-35 1961

E. JACOBSON

Progressive relaxation.

Univ. Chicago Press 8° 1938-1948

E. JACOBSON

Les principes soulignant les méthodes
de la relaxation scientifique.

Rev. Méd. Psychosomat. III pages 49-56
1961

P. MARTY et M. FAIN

Psychanalyse et médecine psychosoma-
tique

in Psychanalyse d'aujourd'hui, Paris
1956

L. MICHAUX

Possibilités et limites de la médecine
psychosomatique.

Presse Méd. LXIX pages 1075-1077
20 mai 1961

J.L. MONDZAIN

Le training autogène de J.H. SCHULTZ
dans le traitement de certains états
névrotiques.

Thèse d'Alger 1960

S. NACHT, R. HELD

Maladies psychosomatiques ou maladies
psychosomatiques ?

Rev. Méd. Psychosomat. II pages 39-46
sept. 1960

P.C. RACAMIER, J.P. MARECHAL, L. CARRETIER,
C. SENS

La cure combinée de sommeil et de
"Tofranil", traitement des dépressions
anxieuses.

Annales Méd. Psych. CXIX pages 53-66
janvier 1961

J.H. SCHULTZ

Das autogene Training :
Grenzen und Wert Thieme ed. 1950
Wien. Med. Woch. C pages 41-42 et
693-696 1950

J.H. SCHULTZ

Le training autogène, méthode de relaxation par auto-décontraction concentrative. Essai pratique et clinique. Presses Univ. Fr. 185 p Paris 1956 et 1961

J. SEABRA-DINIS

Expérience clinique de six ans au sujet de la relaxation.
1er Congrès Méd. Psychosomat. Langue
Fr. 1960

P. SIVADON, BOISSIERE, COHEN, LEFEBVRE,
ORLIC, BAUME, CASSAGNOL, I. SOBOUL, Cl. VEIL
Relaxation et névroses du travail.
1er Congrès de Médecine Psychosomatique de Langue Française, 8-10 juillet 1960 Vittel in Revue de Médecine Psychosomatique II pages 165-169 juillet-août-septembre 1960.

TABLE DES MATIERES

--:-

	Pages
I - Introduction	19
II - Aspects et diagnostic des fatigues d'ordre psychoso- matique	24
III - Les bases du traitement	39
IV - Méthodes de relaxation : techniques, indications et résultats	44
V - Conclusions	64
Bibliographie	67

--:-

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-